

CISTOADENOMA MUCINOSO DE CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ÁNGEL FERNANDO BETANCOURT SOSA¹ 

JOHNNY ALEXANDER PADRÓN SANABRIA² 

MARIAISABEL ORIANA CEDEÑO MIRANDA³ 

ABRAHAN JESÚS BARRIOS EVIES³ 

CARLINA ALEJANDRA GONZÁLEZ LAREZ² 

PEDRO MAC GREGOR AVENDAÑO⁴ 

MUCINOUS CYSTADENOMA OF THE BODY AND TAIL OF THE PANCREAS: APROPOS OF A CASE

RESUMEN

Introducción: Las neoplasias quísticas pancreáticas se observan en cuerpo y cola del páncreas en mujeres de mediana edad. Son consideradas lesiones premalignas y requieren extirpación quirúrgica según tamaño y características imagenológicas. El cistoadenoma mucinoso es una neoplasia epitelial que produce mucina, forma quistes que surgen del páncreas y puede progresar a carcinoma invasivo. Representan la mitad de las neoplasias quísticas del páncreas. Lesiones sintomáticas en pacientes operables deben resecarse. En caso de lesiones asintomáticas, es importante diferenciar su estirpe (serosa o mucinosa) y su riesgo de degeneración. Una vez valorado el paciente, se indica tratamiento quirúrgico u observación. **Caso clínico:** Paciente femenina de 43 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo controlados, quien presenta cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal y síntomas dispépticos. Se realiza ultrasonografía abdominal y tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste evidenciándose lesión redondeada hipodensa en rango líquido con septos finos en su interior, definida, que impresiona formar parte de cuerpo y cola de páncreas. Se decide resolución quirúrgica mediante laparotomía exploradora. Informe histopatológico: cistoadenoma mucinoso cuerpo y cola de páncreas. **Conclusión:** Las neoplasias quísticas del páncreas son tumoraciones que en la actualidad gracias al desarrollo de nuevas tecnologías se observan en nuestra práctica médica con más frecuencia. Al sospechar una neoplasia quística del páncreas, el tratamiento adecuado es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor. El manejo de esta patología debe ser individualizado de acuerdo a las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas del mismo.

Palabras clave: Neoplasias quísticas pancreáticas, páncreas, cistoadenoma mucinoso de páncreas, mujer

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic cystic neoplasms are observed in the body and tail of the pancreas in middle-aged women. They are considered premalignant lesions and require surgical removal depending on their size and imaging characteristics. Mucinous cystadenoma is an epithelial neoplasm that produces mucin, forms cysts that arise from the pancreas, and can progress to invasive carcinoma. They represent half of the cystic neoplasms of the pancreas. Symptomatic lesions in operable patients should be resected. In the case of asymptomatic lesions, it is important to differentiate their type (serous or mucinous) and their risk of degeneration. Once the patient has been assessed, surgical treatment or observation is indicated. **Clinical case:** A 43-year-old female patient with a history of controlled systemic arterial hypertension and hypothyroidism, who presented a clinical picture characterized by abdominal distension and dyspeptic symptoms. Abdominal ultrasonography and tomography of the abdomen and pelvis with double contrast were performed, a rounded, hypodense lesion in the liquid range with fine septa inside, defined, which appears to be part of the body and tail of the pancreas. Surgical resolution was decided by exploratory laparotomy. Histopathological report: mucinous cystadenoma of the body and tail of the pancreas. **Conclusion:** Cystic neoplasms of the pancreas are tumors that today, thanks to the development of new technologies, are observed more frequently in our medical practice. When suspecting a cystic neoplasm of the pancreas, the appropriate treatment is surgical resection adapted to the location of the tumor. The management of this pathology must be individualized according to its clinical, imaging and histopathological characteristics.

Key words: Pancreatic cystic neoplasms, pancreas, pancreatic mucinous cystadenoma, woman

1. Cirujano Oncólogo / Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".
2. Residente del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".
Correo-e: :johnnypadron95@gmail.com
3. Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"
4. Residente Asistencial Programado del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".

Recepción: 30/05/2022
Aprobación: 20/06/2022
DOI: 10.48104/RVC.2022.75.1.9
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias quísticas pancreáticas (NOP) son un grupo heterogéneo de tumores, con aspectos clínicos y radiológicos compartidos. Engloban diversas entidades con distinto potencial de degeneración, desde formas benignas hasta cáncer infiltrativo. Representan el 10% de la patología de la glándula y menos del 1% de las neoplasias pancreáticas. ⁽¹⁾

Se clasifican según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en neoplasias quísticas serosas (NOS), neoplasias quísticas mucinosas (NOM), neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI), neoplasias tubulares intraductales (NTI), de las células endocrinas, de las células de los acinos pancreáticos (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma de células acinares) y de elementos mesenquimales. Algunas neoplasias sólidas pseudopapilares (NSP) pueden formar quistes y simular NOS o NOM. ^(1,2)

A continuación, presentamos un caso de cistoadenoma mucinoso de páncreas.

Información del Paciente

Paciente femenina de 43 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo controlados, quien presenta cuadro clínico de mes y medio de evolución caracterizado por distensión abdominal y síntomas dispépticos, acude a facultativo quien realiza ultrasonografía (US) abdominal donde evidencian imagen hipoecogénica con signo de vidrio esmerilado, reforzamiento acústico posterior y tabiques hiperecogénicos a nivel de cuerpo de páncreas, midiendo 10,2 x 10,04 x 12,64 cm con volumen aproximado de 682 cc (Figura 1A), por tal motivo acude a nuestro centro.

Hallazgos Clínicos

Se evidenció paciente femenina en buenas condiciones generales. Abdomen con masa palpable entre epigastrio e hipocondrio izquierdo de bordes regulares, bien definida, de aproximadamente 10 x 10 cm, poco móvil, no dolorosa, resto sin alteraciones.

Estudios Diagnósticos

Amilasa 58,6 UI/L; Lipasa 77,38 UI/L; CEA 4,39 ng/ml; CA 19,9 93,79 UI/ml. Resto de exámenes de laboratorio dentro de límites normales.

Se practicó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con doble contraste, evidenciándose lesión redondeada hipodensa en rango líquido con septos finos en su interior, de bordes definidos, impresionando formar parte de cuerpo y cola de páncreas, midiendo axial: 11,9 x 10,3 cm, coronal 11,7 x 10,2 cm y sagital 10,6 x 10,3 cm (Figura 2A).

Tratamiento realizado

Se ingresa paciente bajo diagnóstico de neoplasia quística de cuerpo y cola de páncreas, siendo programada para realización de pancreatometomía corporocaudal con esplenectomía a través de laparotomía exploradora obteniendo como hallazgos operatorios:

1. Tumor quístico que abarca cuerpo y cola de páncreas de aproximadamente 15 x 15 cm de bordes regulares y consistencia dura (ver figura 2A); transección pancreática efectuada a nivel del cuello con GIA Coviden® 80 mm x 4,8 mm, muñón reforzado con PDS® 3-0, dejándose dren de Blake en lecho de resección.
2. Ganglio suprapancreático de aproximadamente 1 cm de diámetro no sugestivo de malignidad.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Durante el postoperatorio inmediato egresó a la unidad de cuidados intermedios, manteniéndose 24 horas; inició vía oral de forma precoz y posteriormente a las 48 horas presenta clínica de obstrucción intestinal alta, se solicitó estudio tomográfico de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, constatándose hernia interna. Ameritó relaparotomía exploradora, evidenciándose brecha a nivel de mesocolon transversal de aproximadamente 6 cm, la cual fue resuelta quirúrgicamente. Posteriormente evoluciona satisfactoriamente con controles ambulatorios en el postoperatorio semanales hasta resultado de biopsia definitiva.



Figura 1. A. Hallazgos ecográficos de la lesión. B. TC Axial computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste. C. TC Coronal computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste



Figura 2. A. Pieza quirúrgica extraída. B. Hallazgos macroscópicos en el estudio histopatológico de la lesión. C. Microfotografía HE-10X. Se aprecia la pared del quiste pancreático, revestida por epitelio cilíndrico simple con núcleos basales sin atipias. Subyacente al mismo se observa un estroma ligeramente fibroso y un vaso sanguíneo ligeramente congestivo

El diagnóstico histopatológico de las lesiones reportó cistoadenoma mucinoso de cuerpo y cola de páncreas, de 12,5 x 12 x 8,5 cm, bazo con congestión esplénica, ganglio linfático de 0,8 cm con hiperplasia sinusoidal reactiva (Figura 2B y 2C).

DISCUSIÓN

Las NQP se observan en cuerpo y cola del páncreas en mujeres de mediana edad. Son consideradas lesiones premalignas y requieren extirpación quirúrgica según tamaño y características imagenológicas. Lesiones sintomáticas en pacientes operables deben researse; en lesiones asintomáticas, es importante diferenciar su estirpe (serosa o mucinosa) y su riesgo de degeneración. Una vez valorado el paciente, se indica tratamiento quirúrgico u observación.⁽³⁾

El cistoadenoma mucinoso (CM) es una neoplasia epitelial que produce mucina, forma quistes que surgen del páncreas y puede progresar a carcinoma invasivo. Representan la mitad de las neoplasias quísticas del páncreas.⁽⁴⁾

Se presentan como macroquistes uniloculares solitarios en la cola del páncreas con calcificación periférica, cuyo potencial de malignidad es de 10 – 39%. Están encapsulados, tienen gran alcance (hasta 25 cm), se originan en la célula ductal pancreática y son de crecimiento lento. Quistes con diámetro <4 cm sin nódulos murales tienen un potencial maligno insignificante y la resección quirúrgica generalmente es curativa para las no invasivas, mientras que lesiones con características de malignidad son consideradas premalignas.^(2,4)

Las lesiones poseen un inmunofenotipo semejante al estroma de tipo ovárico. Investigaciones sugieren que la etiología puede ser la estimulación hormonal femenina del estroma endodérmico inmaduro o implantación de células de yema primarias en el páncreas. La alteración genética más común que ocurre es mutación del gen KRAS; alteraciones de SMAD4 y TP53 se observan en lesiones invasivas o de alto grado.⁽⁴⁾

La mayoría se descubren incidentalmente en estudios de imagen, ya que los síntomas pancreáticos típicos están ausentes

en el 75% de los pacientes. La información detallada para descartar pancreatitis es importante, ya que pueden presentarse con dolor abdominal, pancreatitis recurrente, obstrucción de la salida gástrica, ictericia o pérdida de peso^(2,4), síntomas ausentes en nuestra paciente.

Se utilizan varios métodos para diagnosticar el tipo de lesión, como la apariencia ecográfica, examen citopatológico del líquido quístico más análisis de marcadores tumorales. Hallazgos ecográficos indicativos de malignidad son: pared gruesa, tabiques y presencia de nódulos murales. La US, la TC y la ecoendoscopia son las modalidades de imagen más utilizadas. Aun así, la resonancia magnética nuclear (RMN), y la colangiografía tienen mejores resultados en la detección de comunicación entre los quistes pancreáticos y los conductos pancreáticos, además de una mejor detección de los nódulos murales (5), estudios no realizados en la paciente por dificultad económica.

Dado el riesgo de malignidad, la edad joven de los pacientes al momento de la presentación y la baja tasa de recurrencia, la Asociación Internacional de Pancreatología recomienda resección quirúrgica en pacientes aptos para cirugía. Por otro lado, el comité europeo reserva la resección solo para lesiones sintomáticas o ≥ 4 cm, mientras que el Colegio Americano de Radiología considera como umbral de resección ≥ 3 cm⁽²⁾, pautas superadas por el tamaño de la lesión en nuestra paciente.

La intervención estandarizada debido a su ubicación es la pancreatectomía corporocaudal con o sin esplenectomía. La resección quirúrgica se asocia a morbilidad perioperatoria de 20 – 40% y mortalidad <1%. La tasa de complicaciones es 25%, incluyendo: fístula pancreática (15%), diabetes mellitus de nueva aparición (10%) e insuficiencia exocrina (20%)^(1,6), no presentadas en nuestra paciente.

Las NQM del páncreas son tumoraciones que en la actualidad gracias al desarrollo de nuevas tecnologías se observan en nuestra práctica médica con más frecuencia. El tratamiento adecuado en la mayoría de los casos es la resección quirúrgica adaptada a la localización del tumor, y, en conclusión, el manejo de esta patología debe ser individualizado de acuerdo a las características clínicas, imagenológicas e histopatológicas.

AGRADECIMIENTOS

Dra. María Aida Ángulo, anatomopatólogo del caso, por las imágenes macro y microscópicas de la lesión.

Dr. Tennessee Ledezma, ecografista del caso, quien proporcionó las imágenes iniciales y colaboró en el seguimiento de la evolución de la paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JP desarrolló la idea, condujo la búsqueda de la bibliografía y redactó el manuscrito. AFBS, MC y AJBE contribuyeron en la intervención de la paciente, realizaron correcciones al manuscrito inicial y efectuaron la revisión final contribuyendo con su experiencia y la incorporación del análisis intelectual. CG y PMG realizaron revisión bibliográfica y documentaron el proceso. Todos los autores aportaron críticas previo al envío y aprobaron el informe final.

REFERENCIAS

1. Van Huijgevoort N, Del Chiaro M, Wolfgang C, Van Hooft J, Besselink M. Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(11):676-689. [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41575-019-0195-x>
2. Yoon J, Smith D, Ojili V, Paspulati R, Ramaiya N, Tirumani S. Pancreatic cystic neoplasms: a review of current recommendations for surveillance and management. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46(8):3946-3962. [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00261-021-03030-x>
3. Martín Pérez E, Sabater Ortí L, Sánchez-Bueno F, editores. *Cirugía Biliopancreática. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. 2da edición. Madrid: Arán; 2018.
4. Bojanapu S, Kasi A. Pancreatic Mucinous Cystadenoma. [Updated 2021 Apr 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557774/>
5. Okasha H, Awad A, El-meligui A, Ezzat R, Aboubakr A, Abou S, *et al.* Cystic pancreatic lesions, the endless dilemma. *World J Gastroenterol*. 2021;27(21):2664-2680. [Internet] [Citado 10 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v27/i21/2664.htm>
6. Nilsson L, Keane M, Shamali A, Millastre J, Marijijnissen M, Antila A, *et al.* Nature and management of pancreatic mucinous cystic neoplasm (MCN): A systematic review of the literature. *Pancreatol*. 2016;16(6):1028-1036. [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S142439031631208X?via%3Dihub>